

Analisis Politik dan Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Pemerintah DKI Jakarta

Politik and Policy Analysis of Financing DKI Jakarta Government Hospital

Sandra Olivia* Dumilah Ayuningtyas**

*Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia, **Departemen Administrasi Kebijakan dan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Abstrak

Telah diyakini bahwa untuk mencapai visi Indonesia Sehat 2010 pembiayaan rumah sakit merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi kualitas kesehatan masyarakat. Namun, menurut indikator Indeks Pembangunan Manusia, Indonesia masih menempati posisi ke-110 dari 117 negara di dunia. Penelitian ini telah dilaksanakan untuk memahami politik dan kebijakan pembiayaan pengelolaan rumah sakit pemerintah DKI Jakarta. Dua rumah sakit milik Pemerintah DKI Jakarta, yaitu Rumah Sakit Pasar Rebo dan Rumah Sakit Duren Sawit dipilih sebagai sampel. Studi ini merupakan penelitian kualitatif dimana pengambilan data primer dilakukan dengan cara wawancara mendalam. Pada kedua rumah sakit ini dikumpulkan data mengenai peraturan dan regulasi serta keuangan rumah sakit selama tahun 2004-2008. Hasil analisis aktor, konten, konteks, dan proses menunjukkan bahwa kebijakan pembiayaan rumah sakit terdiri dari penentuan tarif, subsidi anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD), keluarga miskin (gakin), dan surat keterangan tidak mampu (SKTM) serta pola pembiayaan yang terkait dengan status kelembagaan. Dalam penetapan kebijakan ini, anggota dewan perwakilan rakyat daerah (DPRD) merupakan aktor utama. Proses pengambilan keputusan untuk menetapkan agenda dan rumusan keuangan masih belum sempurna sehingga menghambat pelaksanaannya. Selain itu, proses evaluasi dan adaptasi kebijakan pembiayaan belum dilaksanakan dengan baik. Dibutuhkan diskusi dan kerja sama antara berbagai aktor kebijakan untuk menghasilkan kebijakan. Administrator rumah sakit berfungsi strategis untuk melakukan upaya peningkatan secara internal menuju kemandirian rumah sakit dan kemandirian eksternal dengan cara advokasi pihak legislatif untuk perbaikan kebijakan selanjutnya.

Kata kunci: Politik dan kebijakan, pembiayaan rumah sakit, rumah sakit pemerintah

Abstract

It is believed that to achieve Healthy Indonesia 2010 vision health finan-

cing is a significant factor that affects the quality public health. However, according to Human Development Index's indicators, Indonesia is at 110th position of 177 countries in the world. The present study has been carried out to understand the politic and financing policy in the management of government hospitals own by DKI Jakarta. Two DKI Jakarta own hospitals i.e. Pasar Rebo Hospital and Duren Sawit Hospital were selected as samples. This study is qualitative research with using indepth interviews. To collect primery data deal with relevan roles from which the data on hospital rules and regulations as well as finance were collected during 2004-2008 period. The results of actor, content, context, and process analyses showed that financing policy consists of tariff, local revenue and expenditure budget (APBD) subsidy, poor households (gakin), notification letter for the poor (SKTM) as well as financial pattern related to hospital status. In deciding this policy, legislators of local people representative (DPRD) are the main actors. Decision making process of financing agenda and formulation was imperfect which in turn causes implementation constraint. In addition, financing policy evaluation, and adaptation processes are not implemented properly. It takes discussions and cooperation between various policy actors to produce policy. Hospital administrator who has a stategic funtion should make effort to improve internal hospital toward independence as well as external hospital by advocates legislative to correct next policy.

Key words: Politic and policy, hospital financing, government hospital

Pendahuluan

Masalah kesehatan tidak mungkin diselesaikan dengan baik tanpa dukungan pembiayaan yang memadai. Pembiayaan kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas kesehatan suatu negara secara

Alamat Korespondensi: Dumilah Ayuningtyas, Departemen Administrasi Kebijakan dan Kesehatan FKM Universitas Indonesia, Gd. F Lt. 1 Kampus Baru UI Depok 16424, Hp. 08161840446, e-mail: dumilah@gmail.com

bermakna. Indonesia dikategorikan sebagai negara dengan pembiayaan kesehatan yang rendah dengan rata-rata sekitar 2,2% dari *gross domestic product* (GDP) dan 87\$ per kapita, suatu nilai yang berada jauh dari anjuran WHO, minimal 5% dari GDP per tahun.¹ Pembiayaan kesehatan dirumuskan dalam urusan kesehatan yang terdapat dalam anggaran pendapatan dan belanja negara/daerah (APBN atau APBD). Pembiayaan kesehatan diperuntukkan bagi dinas kesehatan dan alokasi dana subsidi masing-masing rumah sakit pemerintah. Pembiayaan rumah sakit terdiri atas pendapatan dan belanja.²

Sejak dikeluarkannya Undang-Undang Otonomi Daerah tahun 1999, isu desentralisasi daerah menjadi topik utama. Daerah Khusus Ibukota Jakarta (DKI Jakarta) yang merupakan wilayah dengan kualitas *Human Development Index* (HDI) peringkat satu di Indonesia menjadi pusat dan teladan dalam penentuan kebijakan di provinsi lain. Kemajuan yang dialami status kesehatan DKI Jakarta antara lain dapat diketahui dengan penurunan angka kematian bayi (AKB). Meskipun status kesehatan masyarakat DKI Jakarta mengalami peningkatan, alokasi dana pembiayaan kesehatan masih memperlihatkan kecenderungan yang rendah. Alokasi dana untuk urusan kesehatan hanya berada pada kisaran 4-5% dari seluruh APBD, berbeda sangat jauh daripada bidang pendidikan yang juga merupakan salah satu indikator HDI (20%). Alokasi dana urusan kesehatan tersebut hampir separuh digunakan untuk pembiayaan atau subsidi 6 rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta.

Desentralisasi daerah mengakibatkan reformasi atau perubahan terhadap kelembagaan dan mempengaruhi struktur, hubungan kerja, fungsi, dan tanggung jawab

dalam pengelolaan rumah sakit pada tingkat provinsi dan kota/kabupaten. Pada tahun 2004-2008, di DKI Jakarta telah terjadi perubahan status kelembagaan rumah sakit pemerintah, diantaranya kebijakan privatisasi rumah sakit dengan berubahnya status 3 rumah sakit di DKI Jakarta menjadi perseroan terbatas. Perubahan tersebut dimaksudkan untuk meningkatkan profesionalisme kerja agar rumah sakit menjadi mandiri dan tidak membebani APBD DKI Jakarta.

Penentuan kebijakan dibidang kesehatan merupakan sistem yang tidak terlepas dari keadaan sekitar meliputi faktor ideologi, politik, sosial, budaya, dan pertahanan keamanan suatu negara. Komponen proses, alokasi, sumber daya, aktor, dan kekuasaan merupakan faktor yang berperan pada penetapan kebijakan sebagai sistem. Maka, kebijakan yang dihasilkan merupakan interaksi elit kunci dalam setiap detail proses pembuatan kebijakan termasuk tarik-menarik kepentingan antara aktor, interaksi kekuasaan, alokasi sumber daya, dan *bargaining position* diantara elit yang terlibat.³

Metode

Jenis penelitian ini adalah kualitatif verikatif melalui analisis aktor, konten, konteks, dan proses. Strategi pengambilan data dapat terus berubah dan dengan variabel yang akan terus berkembang sampai tidak ditemukan lagi informasi baru. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Januari sampai dengan Mei 2009 di beberapa institusi/pejabat provinsi DKI Jakarta yang terlibat dalam penerapan kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004-2008. Matrik informan pada penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Matrik Informan

Informan	Target Informasi
Anggota DPRD DKI Jakarta	Informasi tentang proses pembuatan kebijakan
Pemerintah DKI Jakarta (Bappeda)	
Dinas kesehatan	Informasi tentang penerapan tahapan kebijakan
Para direktur rumah sakit pemerintah	Informasi tentang penerapan manajemen rumah sakit, kebijakan pembiayaan kesehatan yang diimplementasikan oleh pemerintah, evaluasi, dan adaptasi dalam penerapannya
Pakar organisasi dan manajemen rumah sakit	Informasi tentang status kelembagaan rumah sakit pemerintah yang tepat
Pakar pembiayaan kesehatan	Informasi tentang permasalahan pembiayaan kesehatan
ARSADA	tahapan ideal dalam penerapan pembuatan kebijakan <i>policy cycle</i>
Masyarakat umum	Informasi tentang pandangan umum organisasi masyarakat tentang kebijakan pembiayaan kesehatan, implementasi, dan evaluasi
	Informasi tentang pandangan umum dari masyarakat penerima pelayanan kesehatan tentang kebijakan pembiayaan kesehatan, implementasi, dan evaluasi



Gambar 1. Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004-2008

Hasil

Analisis Dokumen Kebijakan

Analisis terhadap berbagai peraturan dan regulasi yang berkaitan dengan kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004-2008, seperti Undang-Undang Dasar 1945, Amandemen UUD 1945, Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Keputusan Mahkamah Agung, Peraturan Presiden, Peraturan Menteri Dalam Negeri, Keputusan Menteri Kesehatan, Surat Keputusan Menteri Kesehatan, Peraturan Daerah DKI Jakarta, Peraturan Pemerintah DKI Jakarta, Surat Keputusan Gubernur, Petunjuk Pelaksanaan, dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin, Kurang Mampu dan Bencana, menghasilkan beberapa temuan, yaitu (1) tidak satu pun peraturan yang bertentangan dengan Pancasila sebagai sumber dari segala sumber hukum dan UUD 1945 sebagai hukum dasar negara Republik Indonesia. (2) Ada keterkaitan erat antara peraturan dan regulasi kebijakan pembiayaan dengan peraturan menteri dalam negeri tentang pengelolaan keuangan daerah. Pelaksanaan desentralisasi daerah memang telah menyebabkan perubahan tatanan sosioekonomi politik

dan menuntut otonomi lebih luas untuk mengelola daerah sendiri.⁴ (3) Beberapa peraturan tentang status kelembagaan dan pola pengelolaan keuangan rumah sakit umum daerah menunjukkan bahwa status kelembagaan merupakan isu yang sangat penting dalam menjawab tantangan mutu layanan kesehatan masyarakat.⁵ (4) Beberapa peraturan tentang penerapan pembiayaan layanan kesehatan bagi keluarga miskin (gakin). (5) Beberapa peraturan tentang tarif yang diatur dalam retribusi daerah. (6) Terdapat peraturan tentang pengadaan barang dan jasa pemerintah. (7) Belum ada kebijakan sistem kesehatan daerah (siskesda) sehingga arah kebijakan sistem kesehatan di DKI Jakarta belum dirumuskan secara spesifik. (8) Belum ada Undang-undang rumah sakit sebagai peraturan dasar bagi pelaksanaan pelayanan suatu rumah sakit.

Analisis Garis Besar Kebijakan Pembiayaan

Rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta adalah bagian dari sistem pelayanan kesehatan dengan pembiayaan yang bersumber pada pendapatan subsidi dan operasional. Pendapatan subsidi berasal dari APBD DKI Jakarta melalui mekanisme pengajuan rencana bisnis

dan anggaran (RBA). Pendapatan operasional berasal dari pendapatan keluarga miskin (gakin), surat keterangan tidak mampu (SKTM), dan pasien umum dengan jumlah yang ditentukan berdasarkan tarif yang berlaku. Rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta masih mengandalkan pendapatan operasional gakin untuk mengatur belanja operasional sehari-hari. Belanja dalam pembiayaan meliputi belanja rutin, pegawai, dan investasi/alat yang diatur melalui pola pengadaan barang dan jasa. Gambaran kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta memperlihatkan keterkaitan dengan kebijakan yang lain, misalnya kebijakan tarif, dana jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK), gakin, dan SKTM, dan pengadaan barang dan jasa (Lihat Gambar 1). Oleh sebab itu, perlu diketahui lebih lanjut aktor, konten, konteks serta proses dalam menentukan kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta.

Analisis Aktor

Aktor pada dasarnya adalah orang individu, organisasi, negara, dan tindakannya yang mempengaruhi kebijakan.⁶ Aktor yang berpengaruh dalam kebijakan pembiayaan tersebut meliputi Presiden RI, menteri kesehatan, menteri dalam negeri, DPR RI, DPRD DKI Jakarta, Gubernur DKI Jakarta, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) DKI Jakarta, dan dinas kesehatan. Selain itu juga, termasuk rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta baik secara kelembagaan atau sumber daya manusia (SDM) medis dan non medis. Dengan mengetahui para aktor yang terlibat dalam kebijakan, akan mendapatkan gambaran tentang aktor pengendali kekuasaan yang mempengaruhi kebijakan.⁷

Telaah dokumen dan wawancara mendalam yang dilakukan belum dapat mengungkapkan kemungkinan keterlibatan pihak atau aktor lain yang ikut mempengaruhi kebijakan pembiayaan rumah sakit, seperti pelaku pasar dan industri yang berhubungan dengan pelayanan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta, misalnya perusahaan alat kesehatan, perusahaan farmasi, dan obat-obatan. Pelaku pasar atau industri yang berhubungan dengan pembiayaan dan asuransi kesehatan, seperti pengelola gakin dan SKTM. Kelompok *interest* yaitu para aktivis masyarakat maupun organisasi yang menyoroti kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta. Pihak internasional yaitu organisasi yang terkait dengan kebijakan pembiayaan rumah sakit seperti WHO, *World Bank*, dan UNICEF. Oleh sebab itu, harus dilakukan identifikasi siapa yang mempunyai kekuatan dan siapa yang paling mempengaruhi pembiayaan rumah sakit pemerintah karena hal ini akan mempengaruhi konten dan konteks dari kebijakan.

Peran Lembaga Legislatif

Anggota DPRD DKI Jakarta yang berperan sebagai pembuat kebijakan utama atau lembaga legislatif telah menyadari perlu keterlibatan seluruh *stakeholder* dalam pembuatan kebijakan. Namun, hal tersebut belum dapat dilakukan karena banyak persoalan lain yang terus berkembang. Hampir semua narasumber menyatakan pihak legislatif adalah aktor yang memegang kendali kebijakan, tetapi pihak legislatif justru beranggapan bahwa mereka mempunyai keterbatasan dalam menentukan kebijakan dan selama ini masih sebatas menyetujui berbagai usulan kebijakan. Temuan tersebut menjadi kontras dengan pandangan Walt,⁶ yang menyatakan bahwa lembaga legislatif merupakan ekspresi dari keinginan masyarakat dan sebagai badan pembuat keputusan tertinggi dengan tiga fungsi utama, yaitu mewakili rakyat, menetapkan legislasi, dan mengawasi lembaga eksekutif.

Peran Lembaga Eksekutif

Lembaga eksekutif yang terlibat dalam penelitian ini meliputi dinas kesehatan, Bappeda, serta rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta. Peran eksekutif sangat besar dalam menjalankan fungsi pelayanan kesehatan masyarakat melalui rumah sakit. Oleh sebab itu, lembaga eksekutif dapat juga menjadi pihak pembuat kebijakan.⁶ Pada penelitian ini, dinas kesehatan dan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta menjadi penentu dalam penetapan tarif pelayanan dan alokasi gakin serta pengajuan anggaran subsidi APBD meskipun hasil akhir ditentukan oleh legislatif.

Peran Kelompok Interest

Kelompok *interest* adalah sekumpulan orang yang secara sukarela mempunyai suatu tujuan, tidak ingin masuk dalam pembuatan kebijakan, tetapi berkeinginan untuk mempengaruhi kebijakan tersebut.⁶ Beberapa pihak kelompok *interest* dalam penelitian ini mempunyai berbagai kepentingan untuk terlibat dalam kebijakan, misalnya organisasi profesi. Organisasi profesi seharusnya berperan penting dalam masalah pembiayaan rumah sakit karena para praktisi (dokter, perawat, apoteker) adalah pelaksana teknis di rumah sakit yang melayani masyarakat, sama dengan organisasi manajemen rumah sakit seperti Asosiasi Rumah Sakit Daerah Seluruh Indonesia (ARSADA) dan Perhimpunan Manajer Pelayanan Kesehatan Indonesia (PERMAPKIN). Namun, pihak organisasi profesi menyatakan tidak pernah diajak terlibat dalam perumusan kebijakan pembiayaan rumah sakit. Demikian pula dengan kalangan akademisi yang mengungkapkan bahwa mereka tidak pernah diajak terlibat penyelesaian masalah dan merumuskan kebijakan pembiayaan rumah sakit pemerintah. Berbagai pihak yang berke-

Tabel 2. Perbandingan Status Kelembagaan Rumah Sakit

Kategori	Swadana	BLU	PT
SDM Pola pengelolaan keuangan (PPK)	Pegawai negeri sipil Uang dapat digunakan langsung	Pegawai negeri sipil Uang dapat digunakan langsung, tetapi aset tidak dipisahkan	Pegawai PT/perusahaan Uang dapat digunakan langsung dan aset dipisahkan
Investasi alat	Melalui peraturan pemerintah	Melalui peraturan pemerintah	Melalui organisasi secara mandiri bisnis

pentingan pada kebijakan pembiayaan rumah sakit pemerintah seperti perusahaan atau industri farmasi dan alat kesehatan diyakini oleh beberapa narasumber berpengaruh dan mempunyai kekuatan besar dalam menetapkan kebijakan. Hal tersebut dapat dilihat dari besar alokasi dana untuk alat kesehatan dan operasional rumah sakit pemerintah DKI Jakarta setiap tahun.

Interaksi Aktor dalam Pembuatan Kebijakan

Hubungan antara ketiga aktor utama kebijakan eksekutif, legislatif, dan kelompok kepentingan atau penekan lain seharusnya berlangsung dalam pola interaksi sesuai dengan sistem pemerintahan presidensial. Terpenuhi prinsip transparansi dan akuntabilitas pada eksekutif dan pihak lain dalam pembuatan kebijakan. Sementara, legislatif yang merupakan lembaga tertinggi yang berfungsi menghasilkan kebijakan harus menjadi fasilitator dan mediator terhadap masukan dari eksekutif dan *interest group*.

Menurut Walt,⁶ dan narasumber akademisi, semua arahan kebijakan dapat dilakukan dengan baik asalkan ada niat dan kejelasan prioritas masalah mana yang menjadi kunci penyelesaian. Hubungan antara legislatif dan eksekutif harus berkesinambungan. Evaluasi yang dilakukan oleh legislatif haruslah menjadi penentuan agenda bagi kebijakan selanjutnya, begitu pula dengan temuan yang berasal dari lembaga eksekutif itu sendiri. Koordinasi dan *review* dari masalah adalah hal yang paling utama. Hal ini juga sesuai dengan Walt,⁶ yang menyatakan bahwa peningkatan fungsi dari *interest group*, yaitu partisipasi, representasi, edukasi, motivasi, mobilisasi, memonitor, dan evaluasi juga harus ditingkatkan.

Analisis Konten

Konten kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004-2008 dapat dilihat dari status kelembagaan dan pola pengelolaan keuangan, alokasi dana dari APBD DKI Jakarta, dana gakin, dan

realisasi anggaran dari RS Pasar Rebo dan RS Duren Sawit.

Status Kelembagaan

Status kelembagaan rumah sakit pemerintah di Indonesia dikatakan oleh narasumber akan mempengaruhi tiga hal, yaitu pola pengelolaan keuangan, sumber daya manusia, dan investasi. Hal ini sesuai dengan teori Chawla dalam Laksono,⁸ tentang otonomi dalam manajemen rumah sakit yang akan mempengaruhi seberapa jauh sentralisasi pengambilan keputusan dan jangkauan keputusan untuk menentukan kebijakan dan pelaksanaan program oleh rumah sakit.⁸ Perbandingan dari ketiga kelembagaan rumah sakit (Lihat Tabel 2).

Alokasi Dana Subsidi APBD dan Gakin

Peningkatan dana APBD DKI Jakarta tidak disertai dengan peningkatan alokasi dana kesehatan, sebaliknya rasio alokasi untuk rumah sakit cenderung tetap. Hal ini menunjukkan bahwa pada tahun 2004-2008 belum terjadi kemandirian rumah sakit secara finansial. Pendapatan RS Duren Sawit lebih didominasi oleh subsidi APBD. Realisasi dana subsidi APBD RS Duren Sawit, yaitu 100% pada tahun 2005, 2006, dan 2008 menunjukkan bahwa rumah sakit ini masih sangat bergantung dari subsidi APBD. Pendapatan RS Pasar Rebo lebih banyak didominasi oleh penerimaan operasional non gakin. Untuk RS Koja, pendapatan gakin paling besar sedangkan RS Pasar Rebo paling kecil sehingga dapat dikatakan bahwa RS Pasar Rebo sudah mandiri secara finansial. Hal tersebut juga dibuktikan oleh fakta bahwa hanya sebesar 21% dana APBD terserap pada tahun 2004 dan bahkan pada tahun 2008 menurun menjadi 14%.

Analisis Konteks

Kebijakan pembiayaan rumah sakit pemerintah DKI Jakarta tahun 2004-2008 belum secara jelas memperlihatkan dasar ideologis dan filosofi fungsi rumah

sakit milik pemerintah untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang adil dan merata. Secara politik, konteks legislatif sebagai penentu anggaran subsidi rumah sakit serta pembuat kebijakan terkait seperti tarif gakin memposisikannya sebagai aktor dominan. Pada konteks situasional yang lain, faktor ekonomi memperlihatkan pengelolaan dana kesehatan masyarakat miskin yang penting. Untuk faktor sosial budaya, kebijakan pembiayaan rumah sakit pemerintah juga belum optimal mempertimbangkan faktor sosial budaya sehingga masih banyak penerima bantuan dana subsidi yang tidak tepat sasaran.

Keragaman kultur masyarakat DKI Jakarta berpengaruh terhadap keputusan berobat ke rumah sakit milik pemerintah. Masyarakat miskin enggan memanfaatkan layanan kesehatan di rumah sakit pemerintah karena tidak terdata sebagai pasien gakin dan tidak punya biaya pribadi. Untuk mengatasi masalah tersebut, kita dapat belajar dari pengalaman beberapa negara tetangga. Strategi pemasaran rumah sakit pemerintah di Singapura dianggap tepat dan berhasil mengelola citra dan penampilan sehingga masyarakatnya mau berobat ke rumah sakit milik pemerintah. Sistem pembiayaan kesehatan di Malaysia juga perlu dicontoh karena seluruh anggaran dibiayai secara penuh oleh pemerintah sehingga rumah sakit dapat fokus dalam memberikan pelayanan terbaik.

Analisis Proses

Identifikasi Masalah

Bappeda menentukan agenda dalam anggaran melalui temuan atau kejadian di lapangan, informasi data yang ada, serta usulan melalui musyawarah. Anggota DPRD DKI Jakarta menetapkan anggaran hanya dengan menyetujui anggaran yang diajukan. Selain itu, belum dilakukan evaluasi secara rutin terhadap kinerja rumah sakit memberikan pelayanan kepada gakin.

Formulasi Kebijakan

Formulasi kebijakan dilakukan di tingkat legislatif DPRD DKI Jakarta yang terkait dengan hak *budget* dari legislatif. Proses pengajuan RBA rumah sakit diajukan kepada Bappeda dengan tahap tanya jawab dan diskusi yang panjang. Pihak rumah sakit diwajibkan menyusun prioritas dari yang terpenting sampai tidak terlalu penting. Hal ini dilakukan untuk penyesuaian perencanaan dengan alokasi dana yang tersedia. Pihak DPRD DKI Jakarta menyatakan umumnya mereka menyetujui saja usulan kebijakan yang diajukan mengingat keterbatasan pemahaman terhadap rincian isi pengajuan tersebut. Tarif ditetapkan melalui peraturan daerah berdasarkan ajuan dinas kesehatan dan belum melibatkan langsung kajian dari komisi E DPRD DKI

Jakarta.

Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan dilakukan dengan pendekatan *top-down* yaitu perumusan kebijakan dilakukan pada tingkat pemerintah pusat, sementara daerah berkewajiban untuk melaksanakannya. Kebijakan umumnya ditetapkan pada skala makro yang mengakibatkan perubahan sosial ekonomi.

Evaluasi Kebijakan

Para pembuat kebijakan menyampaikan bahwa evaluasi telah dilakukan dengan baik secara berkala. Meskipun demikian, hasil evaluasi pelayanan oleh pasien memperlihatkan masih banyaknya kekurangan yang harus diperbaiki seperti dokter kurang memberikan penjelasan, waktu pemberian obat yang ditunda, kebersihan, dan persepsi pasien terhadap perbedaan komunikasi dokter berdasarkan kelas rawat inap. Adapun evaluasi pembiayaan dari rumah sakit milik pemerintah dinilai sudah cukup baik.

Adaptasi Kebijakan

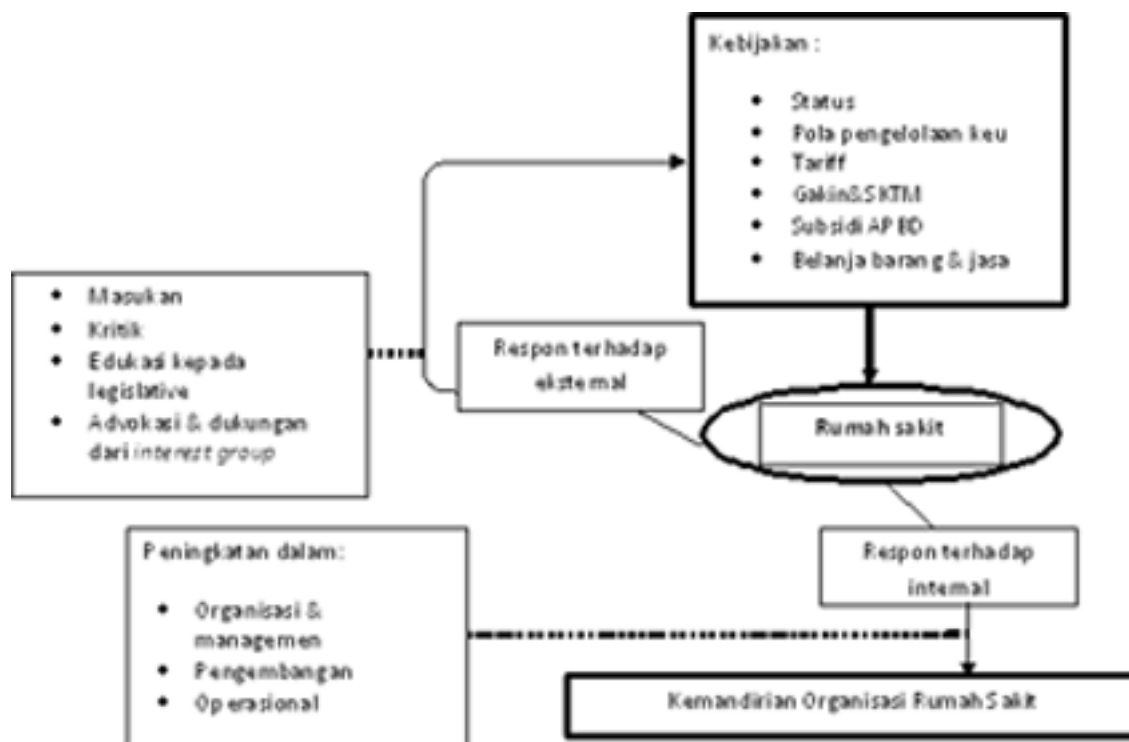
Adaptasi kebijakan dilakukan berdasarkan evaluasi bulanan dan laporan kemajuan serta proporsi dana yang terserap. Keputusan untuk menentukan kelanjutan kebijakan dilakukan jika terdapat dampak besar (*outcome*) yang secara nyata mempengaruhi situasi kesehatan masyarakat.

Analisis Strategi Implementasi Administrasi

Sumber pendanaan rumah sakit pemerintah adalah subsidi APBD dan penerimaan gakin. Oleh sebab itu, penerapan kebijakan administrasi dan manajerial internal rumah sakit milik pemerintah sangat dipengaruhi oleh pihak eksternal yaitu kebijakan pemerintah. Kebijakan pembiayaan rumah sakit tersebut meliputi status kelembagaan rumah sakit dan pengelolaan keuangan, tarif, pendapatan yang berasal dari gakin dan SKTM, subsidi APBD, dan pengadaan barang dan jasa untuk belanja rumah sakit. Oleh sebab itu, seorang administrator rumah sakit dengan fungsi strategisnya harus mempunyai sikap terhadap kebijakan tersebut.

Pembahasan

Konteks kebijakan dapat dianalisis berdasar faktor situasional, faktor struktural, faktor *cultural*, dan faktor internasional.⁶ Masalah yang terdapat dalam pelaksanaan program gakin dan SKTM adalah kurang akuratnya data jumlah penduduk miskin dari Badan Pusat Statistik (BPS). Untuk mengatasi masalah ini diperlukan kerja sama dengan instansi terkait seperti BPS, dinas sosial, dan *interest group*. Rumah sakit sebagai lembaga kesehatan dituntut untuk dapat bekerja sama dengan instan-



Gambar 2. Strategi Implementasi Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta

si lain baik instansi kesehatan maupun non kesehatan, sebagaimana dikemukakan oleh Ristini.⁹

Bappeda telah mempunyai kemampuan dasar dalam identifikasi masalah dan penentuan agenda, sedangkan DPRD DKI masih sebatas menyetujui saja. Demikian pula dengan dinas kesehatan yang belum optimal mengevaluasi dan menganalisis temuan masalah di rumah sakit. Hal ini tidak sesuai dengan teori Hogwood dan Gun dalam Barker,¹⁰ pemerintah seharusnya melaksanakan program secara aktif dalam mencari masalah karena mereka perlu mengantisipasi masalah dan akibatnya sebelum krisis terjadi. Mengacu pada model penentuan agenda menurut model Hall didapatkan bahwa kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta masih berada pada tahap legitimasi. Pemerintah perlu memperhatikan dan merasa berhak mencampuri apabila ditemukan masalah yang timbul di rumah sakit, sedangkan kelayakan yang ditentukan oleh pengetahuan teoritis, praktis, sumber keuangan, dan dukungan masyarakat belum dilakukan

Penetapan kebijakan belum menerapkan prinsip ke-

sesuaian, efektivitas, efisiensi, ekuitas, dan *workability*. Adapun kelompok kepentingan atau penekan belum efektif mempengaruhi formulasi kebijakan yang ditetapkan oleh legislatif. Formulasi kebijakan menyangkut masalah gakin menemui kendala dengan terbatasnya data yang ada serta belum dilakukannya penilaian efektivitas dan efisiensi penggunaan data bantuan bagi gakin dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat DKI Jakarta. Kelemahan data mengakibatkan terjadinya salah sasaran serta masalah pemerataan yang menjadi poin penting untuk diperhatikan dalam formulasi kebijakan.

Tidak jarang terjadi perbedaan kepentingan dan aspirasi antara pembuat dengan pelaksana kebijakan yang berakibat pada munculnya resistensi pelaksana di daerah dan pihak lain yang berkepentingan sebagaimana telah diungkapkan oleh Cleaves dalam Walt.⁷ Implementasi kebijakan tentang gakin menghadapi kendala ketidaktepatan data yang ada serta terkait pula dengan perhitungan tarif yang tidak sesuai dengan *unit cost*. Keterlambatan dana gakin untuk rumah sakit juga men-

jadi keluhan dari objek kebijakan. Perlu diketahui pasti penyebab dan kemudian solusinya, misalnya apakah keterlambatan tersebut disebabkan proses verifikasi yang terlalu panjang atau hal lainnya. Perubahan status kelembagaan rumah sakit juga mempengaruhi efektivitas implementasi kebijakan, karena itu kebijakan semestinya ditetapkan dengan langkah-langkah kegiatan administratif yang rapi serta memenuhi prinsip *structure follow function*.¹¹

Evaluasi kebijakan yang dilakukan seharusnya lebih terfokus pada tujuan kebijakan tersebut, yaitu melayani rakyat dan masyarakat. Survei terhadap pelayanan dan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah juga perlu dilakukan baik oleh rumah sakit sebagai penyedia pelayanan maupun pihak pembuatan kebijakan lainnya seperti dinas kesehatan. Dengan begitu, permasalahan dapat dijadikan agenda bagi penentuan kebijakan selanjutnya untuk tujuan utama peningkatan pelayanan kesehatan kepada rakyat.

Dalam menyikapi kebijakan pembiayaan yang diberikan oleh pemerintah terdapat dua hal yang dapat dilakukan oleh seorang administrator rumah sakit. Sisi internal berupa kebijakan yang dikeluarkan oleh direktur rumah sakit kepada organisasi rumah sakit. Kebijakan yang dihasilkan merujuk kepada perubahan sistem dan perubahan paradigma yang menuju kemandirian pengelolaan rumah sakit pemerintah. Beberapa usaha peningkatan dalam menuju kemandirian tersebut, antara lain perbaikan organisasi dan manajemen rumah sakit, perbaikan manajemen operasional rumah sakit, dan manajemen pengembangan rumah sakit. Rekomendasi strategi implementasi ini didapatkan dari beberapa teori menuju kemandirian, rekomendasi dari narasumber maupun dari pendapat penulis.

Administrator rumah sakit juga dapat dipandang sebagai aktor sekaligus objek dari kebijakan pembiayaan rumah sakit. Dalam pandangan Walt,⁷ sebagai seorang eksekutif, administrator mempunyai pengaruh kuat, bukan hanya dalam hal merumuskan kebijakan, tetapi juga dalam penentu agenda penting. Dalam rangka mempengaruhi kebijakan, diperlukan partisipasi aktif dalam memberikan masukan, kritik, edukasi kepada legislatif, serta advokasi dan dukungan dari *interest group*. Dengan ikut berpartisipasi, diharapkan legislatif akan mendapatkan masukan berupa temuan di lapangan, mengetahui apa dan kenapa usulan tersebut diajukan, serta apa yang dapat diimplementasikan dalam kebijakan ke depan. Rekomendasi strategi implementasi ini dapat dilihat pada Gambar 2.

Kesimpulan

Ada keterkaitan erat antara status kelembagaan rumah sakit dengan pola pembiayaan kesehatan. Besar alokasi serta ketepatan turunnya dana subsidi APBD

masih menjadi masalah bagi rumah sakit milik pemerintah. Ditambah lagi dengan terjadinya keterlambatan pembayaran dana gakin sehingga mengganggu kegiatan operasional rumah sakit. Fungsi sosial rumah sakit pemerintah menyebabkan tarif pelayanan ditetapkan tidak berdasarkan *unit cost* sebenarnya sehingga tarif yang berlaku adalah dibawah *unit cost*. Aktor yang paling berpengaruh dalam pembuatan kebijakan adalah anggota legislatif, meskipun masih banyak anggota legislatif yang belum mempunyai kemampuan memadai dalam penetapan kebijakan pembiayaan rumah sakit pemerintah. Peningkatan APBD DKI Jakarta belum diiringi dengan peningkatan dana pada alokasi urusan kesehatan, akan tetapi alokasi dana untuk rumah sakit cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Pada analisis proses, identifikasi masalah tidak dilakukan dengan tepat, penentuan agenda sampai pada tahap legitimasi belum mendapat kelayakan dan dukungan. Formulasi kebijakan lebih banyak ditentukan oleh anggota DPRD DKI Jakarta tanpa keterlibatan aktif dari *stakeholder* lainnya. Evaluasi dilakukan secara berkala, tetapi belum dilakukan survei dari sudut pandang pasien maupun aktor kebijakan lainnya.

Saran

Perumusan kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah seyogyanya dilakukan dengan amat cermat agar tidak terjadi, misalnya pembiayaan ganda untuk pelayanan gakin. Menjadi amat penting bagi legislatif untuk menetapkan prioritas agenda masalah kesehatan yang ada berdasarkan telaah tajam tentang situasi kesehatan kini dan prediksi tren atau potensi masalah kesehatan mendatang. Dapat pula dibangun kerja sama dengan para akademisi atau pakar kesehatan untuk analisis lebih mendalam, misalnya untuk menghitung *unit cost* pelayanan kesehatan. Evaluasi kinerja dan pemantauan terhadap permasalahan di rumah sakit selazimnya dilakukan secara berkala oleh dinas kesehatan. Kajian tentang besaran alokasi dana riil yang dibutuhkan oleh suatu rumah sakit adalah hal penting lainnya yang harus dilakukan.

Daftar Pustaka

1. Adisasmito. Sistem kesehatan nasional. Jakarta: Rajawali Press; 2007.
2. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah. Data APBD DKI Jakarta. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah; 2008.
3. Ayuningtyas D. Politik pembangunan pemerintah dan kebijakan privatisasi pelayanan kesehatan. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2009; 12 (3).
4. Waturandang. Peluang dan tantangan kemandirian rumah sakit pemerintah di Indonesia. Jurnal MARS. 2005; 6 (1).
5. Rijadi S. Pola transformasi rumah sakit umum daerah: perubahan bentuk kelembagaan atau pengelolaan keuangan. Jurnal MARS. 2005; 5 (4).

6. Walt. Making health policy understanding public health. New York: Open University Press; 2005.
7. Walt G. Health policy and introduction to process and power. Johannesburg: Witwaterstand University Press; 1994.
8. Trisnantoro L. Memahami penggunaan ilmu ekonomi dalam manajemen rumah sakit. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2006.
9. Ristrini. Perubahan paradigma jasa pelayanan kesehatan rumah sakit dan rekomendasi kebijakan strategis bagi pimpinan. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2005; 8 (1).
10. Barker C. The health care policy process. London: SAGE Publication; 1996.
11. Easton D. The political system. New York: Alfred A. Knopf; 1971.